

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕНИЙ У ДЕТЕЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ГУБ, ВЫЗВАННЫХ ВИРУСОМ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА

Казанцева И.А.

Волгоградский государственный медицинский университет (г. Волгоград, площадь Павших Борцов, д. 1)

В статье приводятся сведения о клинике, диагностике дифференциальной диагностике герпетического стоматита, герпеса губ у детей.

Вирус остается в организме пожизненно. Перенесшие ОГС дети становятся носителями вируса или страдают рецидивирующим герпетическим стоматитом (РГС), герпесом губ. У каждого 7–8 ребенка после перенесенного ОГС развивается рецидивирующая форма болезни. Многолетняя консультативная и лечебная работа по ведению больных с заболеваниями слизистой оболочки выявила затруднение врачей практического здравоохранения при клинической диагностике заболеваний с герпетиформными поражениями.

Наблюдение за детьми с РГС, рецидивирующим герпесом губ показало, что степень тяжести рецидивирующего герпетического стоматита зависит от частоты рецидивов заболевания, давности рецидивирования, выраженности симптомов общего и местного характера. Легкая форма РГС характеризуется редкими (1–2 раза в несколько лет) рецидивами заболевания.

Ключевые слова: герпетический стоматит, герпес губ, клиника, диагностика.

CLINICAL DIAGNOSTICS OF LESIONS OF A MUCOUS MEMBRANE OF ORAL CAVITY AND LIPS OF CHILDREN, CAUSED BY THE HERPES SIMPLEX VIRUS

Kazantseva I.A.

Volgograd State Medical University, Department for Dentistry (Volgograd. 400131. Pavshikh Bortsov Sq., 1)

In article data on clinic, diagnostics to differential diagnostics gerpis a stomatitis, a herpes of lips at children are resulted.

The virus remains in an organism for life. Transferred OGC children become carriers of a virus or suffer resividing gerpis a stomatitis (RGS), a herpes of lips. At each 7-8 children after transferred OGC the illness form develops resividing. Long-term advisory and medical work on conducting patients with mucous membrane diseases has revealed difficulty of doctors of practical public health services at clinical diagnostics of diseases with gerpis forms defeats.

Supervision over children with RGS, resividing a herpes of lips has shown that severity level resividing gerpis a stomatitis depends on frequency of relapses of disease, prescription resividing, expressivenesses of symptoms of the general and local character. Easy form RGS is characterised rare (1-2 times in some years) by disease relapses.

Keywords: herpetic stomatitis, heres labialis, clinical manifestations, diagnostics.

Инфекция, вызванная вирусом простого герпеса (ВПГ), – наиболее часто встречаемая. 80–95% населения являются пожизненными носителями вируса. Проявлением первичной герпетической инфекции чаще является острый герпетический стоматит (ОГС), распространенный у детей в возрасте от 6 мес. до 3 лет [1; 2].

ОГС, протекая по типу инфекционного заболевания, имеет 5 периодов развития: 1) инкубационный; 2) продромальный; 3) период развития заболевания (а – катаральный; б – высыпания элементов поражения); 4) период угасания болезни; 5) клиническое выздоровление.

Вирус остается в организме пожизненно. Перенесшие ОГС дети становятся носителями вируса или страдают рецидивирующим герпетическим стоматитом (РГС), герпесом губ. У каждого 7–8 ребенка после перенесенного ОГС развивается рецидивирующая форма болезни. Многолетняя консультативная и лечебная работа по ведению больных с заболеваниями слизистой оболочки выявила затруднение врачей практического здравоохранения при клинической диагностике заболеваний с герпетическими поражениями.

Целью исследования стало совершенствование клинической диагностики острого и рецидивирующего герпетического стоматита, герпеса губ у детей на основе изучения клинического течения заболевания, дифференциальной диагностики с эрозивными поражениями слизистой оболочки полости рта.

Материал и методы.

Нами проведено клиническое, лабораторное (ПЦР-диагностика) обследование и лечение 406 детей в возрасте от 2 до 16 лет: 320 детей, больных герпетическим стоматитом, герпесом губ различной степени тяжести, 32 ребенка с диагнозом герпангина, 12 детей с многоформной экссудативной эритемой, 42 – с рецидивирующим афтозным стоматитом. В статье приводятся собственные клинические случаи наблюдения больных.

Результаты и обсуждение.

Критерием ранней клинической диагностики ОГС является симптомокомплекс: подчелюстной лимфаденит, катаральный гингивит, симптомы ОРВИ. При появлении этих симптомов необходимо начать раннюю патогенетическую противовирусную общую и местную терапию. Затем возникают сгруппированные высыпания (пузырьки), быстро переходящие в эрозии на слизистой оболочке полости рта, губ, коже. Клинически заболевание протекает по типу острого инфекционного процесса в виде легкой, среднетяжелой и тяжелой формы. Тяжесть патологии определяется по степени выраженности общих симптомов и распространенности поражений на слизистой оболочке полости рта (табл. 1–3).

Таблица 1 – Клиническое течение легкой формы ОГС

Продромальный	Периоды заболевания			Клиническое выздоровление
	Катаральный	Высыпаний	Угасания	
Клинически отсутствует. Внешнее отсутствие симптомов интоксикации.	Повышение температуры до 37,2-37,5 °С. Общее состояние удовлетворительное. Иногда незначительные	t = 37,5 °С. Общее состояние удовлетворительное. Боли при приеме пищи. На фоне усиливающейся	Температура нормальная. Самочувствие хорошее. Боль при приеме пищи угасает. При своевременном и правильном лечении	Температура нормальная. Самочувствие хорошее. Гингивит отсутствует (или нелеченный гингивит).

явления катара слизистой оболочки носа, дыхательных путей. Слабый катаральный гингивит (главным образом в области десневого края нижних фронтальных зубов). Лимфаденит (подчелюстной). Продолжительность периода $1,3 \pm 0,7$ дня.	гиперемии и подъема температуры в полости рта появляются сгруппированные элементы поражения (до 5). Высыпания однократные. Лимфаденит. Продолжительность $1,0 \pm 0,7$ дня.	гингивит отсутствует (или нелеченный гингивит). Элементы поражения в стадии активной эпителизации. Лимфаденит. Продолжительность $4,0 \pm 1,5$ дня.	Лимфаденит сохраняется в течение 7 дней. Продолжительность 7 дней.
--	--	---	--

Таблица 2 – Клиническое течение среднетяжелой формы ОГС

Продромальный	Периоды заболевания			Клиническое выздоровление
	Катаральный	Высыпаний	Угасания	
<p>$t = 37,2-37,5^{\circ}\text{C}$. Общее состояние: слабость, капризы, ухудшение аппетита.</p>	<p>$t = 38-39^{\circ}\text{C}$. Общее состояние средней тяжести: головная боль, тошнота рвота, бледность кожных покровов. Симптомы ОРЗ (кашель, насморк). Острый катаральный гингивит, стоматит. Высыпания на коже лица (чаще приротовой области).</p>	<p>На пике подъема t усиливается гингивит и высыпают в полости рта элементы поражения от 3 до 25. Усиливается саливация, ребенок не ест, плохо спит, нарастают симптомы вторичного токсикоза (четко выражены). Высыпания часто повторные (2-3 раза). После первого высыпания элементов температура снижается до $37-37,5^{\circ}\text{C}$. Однако, последующие высыпания сопровождаются, как правило, ее повышением до прежних цифр. При появлении повторных высыпаний элементы поражения находятся на разных стадиях развития (ложный полиморфизм).</p>	<p>Температура нормальная. Самочувствие удовлетворительное: сон и аппетит восстанавливаются. Гингивит отсутствует в результате правильного и своевременного лечения или нелеченный гингивит. Элементы поражения в стадии эпителизации. Продолжительность периода угасания зависит от сопротивляемости организма ребенка, наличия в полости рта кариозных и разрушенных зубов, проводимой терапии. Нерациональная терапия способствует слиянию элементов с образованием значительных некротических поверхностей. Появляется язвенно-некротический гингивит (преимущественно в области резцов). Эпителизация затягивается.</p>	<p>Лимфаденит.</p>

Лимфаденит. Продолжительность периода 2,5±0,5 дня.	Лимфаденит. Продолжительность ±	Лимфаденит. Продолжительность 6,0±1,5 дня.	
--	------------------------------------	--	--

Таблица 3 – Клиническое течение тяжелой формы ОГС

Периоды заболевания				
Продромальный	Катаральный	Высыпаний	Угасания	Клиническое выздоровление
t = 38–39 °С. Общее состояние: адинамия, головная боль, кожно-мышечная гиперестезия, артралгия. Нередко брадикардия или тахикардия, артериальная гипотония, носовые кровотечения. Кашель, насморк.. Нередко заболеванию предшествует любое другое заболевание: вирусное, бактериальное и др., сопровождающееся лихорадочными состояниями.	t = 39,5–40 °С. Общее состояние: тяжелое. Резко выражены симптомы интоксикации. Насморк, кашель. Отечные и гиперемизированные конъюнктивы глаз. Губы сухие, яркие, запекшиеся. Катарально-язвенный гингивит, стоматит. Лимфаденит подчелюстных и шейных лимфоузлов. Продолжительность периода 3,5±0,5 дня.	t = 38–39 °С. Общее состояние: тяжелое. Отсутствует аппетит. Усиливается воспаление дыхательных путей. Выраженные носовые кровотечения. На слизистой оболочке полости рта на пике подъема температуры появляются элементы поражения до 30. Высыпания многократные, и поэтому количество элементов увеличивается до 100. Они находятся на разных стадиях развития. Элементы сливаются, образуя обширные зоны некроза. Поражаются губы, щеки, язык, мягкое и твердое нёбо, десневой край. Катаральный гингивит переходит в язвенно-некротический (чаще генерализованный). Появляется резкий гнилостный запах изо рта. Обильное слюнотечение с примесью крови. Высыпания: веки, мочки ушей, приротовая область, пальцы рук, ягодицы. Продолжительность 3,5±1,5 дня.	Температура нормальная. Сон и аппетит восстанавливаются медленно. Гингивит. Лимфаденит. Продолжительность 8,0±1,7 дня.	Остаточные явления гингивита. Лимфаденит.

На рисунках 1, 2 представлены клинические проявления острого герпетического стоматита, герпеса губ тяжелой формы у детей, обратившихся в нашу клинику.



Рис. 1. ОГС, тяжелая форма.



Рис. 2. ОГС, герпес губ.

Наблюдение за детьми с РГС, рецидивирующим герпесом губ показало, что степень тяжести рецидивирующего герпетического стоматита зависит от частоты рецидивов заболевания, давности рецидивирования, выраженности симптомов общего и местного характера. Легкая форма РГС характеризуется редкими (1–2 раза в несколько лет) рецидивами заболевания. При среднетяжелой форме РГС рецидивы заболевания – 1–3 раза в год. Для тяжелой формы РГС характерны частые (4 раза в год и более) рецидивы, перманентная (непрерывно-рецидивирующая) форма заболевания. Продолжительность и степень выраженности симптомов местного (гиперемия слизистой, гингивит, эрозии) и общего характера (температура, головная боль, нарушение сна, аппетита, тошнота, рвота, светобоязнь, боль в мышцах и суставах) у детей различных возрастных групп с различной давностью рецидивирования различны. Нами выявлено, что у 100% детей старшей возрастной группы, у детей с частыми рецидивами характерна неяркая выраженность местных проявлений и отсутствие общей симптоматики (рис. 3.). Поэтому критерием определения тяжести течения РГС, рецидивирующего герпеса губ должна быть частота рецидивов.



Рис. 3. Клиника тяжелой формы РГС.

Дифференциальная диагностика герпетического стоматита проводилась с герпангиной, многоформной экссудативной эритемой, рецидивирующим афтозным стоматитом.

Герпангина (Коксаки вирусный стоматит). Этиология: вирус Коксаки, ЕСНО. Высыпания только в области мягкого неба, на передних небных дужках, миндалинах (рис. 4). Нет высыпаний на кожных покровах, красной кайме губ. Отсутствует гингивит, нет гиперсаливации.



Рис. 4. Герпангина.

Многоформная эксудативная эритема (МЭЭ). Этиология: токсико-аллергическая форма или инфекционно-аллергическая. На слизистой наблюдался истинный полиморфизм элементов поражения: эритема, пузырьки, пузыри, эрозии (рис. 5). На губах – массивные кровяные корки. На коже (чаще кисти рук) у 32% детей – синюшно-красные папулы с западением (или пузырьком) в центре (кокарды), иногда одиночные вялые пузыри (рис. 6). Заболевание встречалось у детей старше 10 лет.



Рис. 5. МЭЭ.



Рис. 6. МЭЭ, папулы (кокарды).

Рецидивирующий афтозный стоматит (РАС). Этиология неизвестна. Предполагаются сдвиги и заболевания в системе желудочно-кишечного тракта, пищевая аллергия, болезнь Бехчета. Характерный элемент поражения – афта – в виде поверхностного некроза эпителия овальной формы с четкими краями, диаметром 3–12 мм и более, окруженная венчиком гиперемии, имеет тенденцию к увеличению размера. У 80% больных на слизистой оболочке наблюдались одиночные элементы или несколько разбросанных (не сгруппированных), размером менее 1 см, заживающие через 10–14 суток без образования рубцов (рис. 7, 8). У 10% больных диаметр афт превышал 1 см, и они заживали с образованием рубцов (рис. 9). У 10% пациентов наблюдались множественные мелкие высыпания, отдельные из которых увеличивались в размере и рубцевались.



Рис. 7. РАС.



Рис. 8. РАС.



Рис. 9. РАС. Рубцующиеся афты на слизистой оболочке губ, языка.

Список литературы

1. Казанцева И.А. Острый и рецидивирующий герпетический стоматит у детей // Вестник ВолГМУ. – 2007. – № 2. – С. 10–16.
2. Рабинович О.Ф., Рабинович И.М., Разживина Н.В. Рецидивирующий герпетический стоматит. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 64 с.
3. Грудянов А.И. Заболевания пародонта. – М. : Медицинское информационное агентство, 2009. – 336 с.
4. Samargo P.M., Melnick P.R., Kenney E.B. The use of free gingival grafts for aesthetic purposes // Periodontology 2000. – 2001. – Vol. 27. – P. 72–96.
5. Cohen E.S. Atlas of cosmetic and reconstructive periodontal surgery. – 3rd edition. – BC Decker Inc, 2007.
6. Naeri A., Parsell D. Creeping attachment: autogenous graft vs. dermal matrix allograft // Compen Contin Educ Dent. – 2000. – Vol. 29 (9). – P. 725–729.

Рецензенты:

Фомичев Е.В., д.м.н., профессор, зав. кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Волгоградский государственный медицинский университет, г. Волгоград.

Поройский С.В., к.м.н., доцент, декан стоматологического факультета, Волгоградский государственный медицинский университет, г. Волгоград.